10

LE PROBLÈME

DE

L'ACCROISSEMENT DU CANCER

EN NORMANDIE

PAR

Maurice Guillot

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS, CHIRURGIEN DES HOPITAUX DU HAVRE

PARIS
IMPRIMERIE LEVÉ
17, RUE CASSETTE, 17

1908

LE PROBLÈME

DE

L'ACCROISSEMENT DU CANCER

EN NORMANDIE

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30612500

LE PROBLÈME

DE

L'ACCROISSEMENT DU CANCER

EN NORMANDIE

PAR

Maurice Guillot

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS, CHIRURGIEN DES HOPITAUX DU HAVRE

PARIS
IMPRIMERIE LEVÉ
17, RUE CASSETTE, 17

1908

LE PROBLÈME
DE L'ACCROISSEMENT DU CANCER
EN NORMANDIE

Malgré l'importance et le nombre des travaux publiés depuis quelques années sur le cancer, c'est une question très controversée de savoir si la fréquence de cette maladie augmente.

Il n'y a pas de doute que le sentiment intime de la plupart des chirurgiens est en faveur de cette augmentation (1), mais la moindre des démonstrations directes serait infiniment plus probante. Ce n'est pas d'ailleurs que les statistiques fassent défaut. Il en vient de tous les pays et de tous les milieux; les ouvrages et revues scientifiques, les périodiques mondains, les quotidiens eux-mêmes, en regorgent. Mais il faut convenir qu'elles sont de valeurs très inégales et que la plupart sont peu propres à entraîner la conviction.

D'une manière générale, les documents qui traitent de la fréquence du cancer peuvent se répartir sous deux chefs, suivant qu'ils ont un caractère de généralité, ou au contraire s'appliquent à une région bien déterminée. Les premiers

(1) « Une statistique est loin de valoir l'impression très fondée d'un chi-« rurgien qui exerce depuis seulement 10 ans : pour celui-là l'augmenta-« tion de fréquence du cancer est hors de doute. » Etienne Burnet, *La « lutte contre les microbes*, Paris, 1908. Cf. également : Verneuil, *Gaz. « hebdom.*, 1893.

embrassent des chiffres globaux considérables qui ne peuvent être réunis qu'en juxtaposant des statistiques faites par des procédés divers, dont le détail échappe à toute analyse. C'est le cas des grandes statistiques anglaises, desquelles il ressort que, dans le pays de Galles et l'Angleterre, il y a eu 7.107 décès annuels par cancer de 1851 à 1860, 8.688 de 1861 à 1870 et 11.133 de 1871 à 1880 (1). C'est le cas du travail de Williams souvent cité (2), dans lequel il est établi qu'en Angleterre, il y avait, en 1840, 2.786 décès par cancer, soit 1/8.646 de l'ensemble de la population, alors qu'en 1893 il y avait 21.422 décès de même cause, soit 1/1.403 des vivants. — Il en est de même de la statistique allemande de Wutzdorff (1892-1898) (3) qui conclut que l'augmentation porte surtout sur le Wurtemberg, la Bavière, le Hanovre, la Saxe, etc..., qu'elle n'est pas en rapport avec l'augmentation de la population pendant la même période, que le cancer s'attaque depuis quelques années à des individus plus jeunes, enfin que bien que plus fréquent chez la femme que chez l'homme, sa fréquence dans le sexe masculin tend à augmenter. — Dans le même esprit est fait le travail de F. Prinring (4). Cet auteur fait remarquer que la mortalité par cancer en Italie est relativement basse. De 1887 à 1899 la moyenne aurait été de 4,60 pour 10.000 habitants, alors qu'en Saxe dans le même temps elle était de 9, en Bavière de 9,2, en Suisse de 12,7. Cependant cette mortalité est en progression : en 1887, 4,28 ; en 1890, 4,30 ; en 1895, 4,87 ; en 1897, 5,09 ; en 1898, 5,17 ; en 1899, 5,19.

On pourrait continuer cette énumération de travaux consciencieux mais peu probants. Les exemples cités suffisent à montrer quelle énorme étendue de temps, quelle masse de

(1) *British medical Journal*, 1883.

(2) Williams, cité dans *Centralbl. f. Bakt.* de 1897 et dans *Traité de Path. génér.* de Bouchard, t. III, p. 771.

(3) Wutzdorff, *Deuts. med. Wochenschr.*, 1902, n° 10, p. 161.

(4) Prinring, *Centralblatt f. allgmeine Gesundheitspflege*, 1902, t. XXI, p. 142.

population, les auteurs prétendent embrasser. A la seule lecture les objections apparaissent.

Evidemment, c'est une chose curieuse que la plupart des investigations faites en vue de connaître la fréquence du cancer, aient conduit à la notion de l'augmentation de cette maladie; mais est-il impossible que, pour une cause inconnue, les erreurs se soient toujours accumulées dans le même sens? D'autre part, on ne saurait admettre que, dans des Etats où des migrations considérables ont eu lieu de la campagne à la ville, on réunisse des chiffres de mortalité ayant ces deux sources. Il semble évident que les conditions d'établissement de l'état civil ont été et sont encore très différentes dans les villes et à la campagne, et que l'on obtiendra des pourcentages très distincts suivant que la population s'est portée ici ou là. D'ailleurs on doit, en matière de statistique de mortalité, avoir toujours présents à l'esprit deux très grands facteurs d'erreur : la tendance du médecin à cacher le vrai diagnostic dans une partie de sa clientèle, et le manque d'instruction spéciale du fonctionnaire chargé d'enregistrer les décès. Il suffit d'un médecin s'obstinant à inscrire le mot « épithélioma » sur les certificats, et d'un fonctionnaire ignorant de ce terme, pour laisser passer tout une série de cancers. Or, dans une certaine mesure, on peut dire que dans les Etats dont nous avons cité les statistiques, la bonne volonté des médecins et le détail des circulaires administratives se sont développés de pair, en sorte qu'ils sont peut-être une des sources de l'augmentation apparente du cancer.

D'autres objections ont été faites. Il en est d'un peu enfantines qui ont pu cependant à un moment donné être utiles (1); nous voulons parler de l'augmentation de la population. Il est de toute évidence que toute évaluation de mortalité doit être exprimée en fonction du nombre des vivants au moment considéré. Une objection plus sérieuse est tirée de l'augmentation de durée de la vie humaine (2). Il

(1) Fabre, De la contagion du cancer. *Th.* Lyon. 1892.
(2) Debovis, *Sem. med.*, Sept. 1902.

est difficile d'y répondre, sauf comme nous le verrons plus loin, en posant le problème d'une manière particulière. En tout cas aucune des statistiques citées plus haut ne peut facilement se défendre sur ce point.

Ce n'est pas cependant qu'il faille prendre au sérieux cette objection sous la forme un peu simpliste que certains critiques lui ont donnée. Leur raisonnement se ramène à celui-ci : comme l'on vit plus longtemps qu'autrefois, et que, conséquemment, le nombre des vieillards est, pour un même nombre de vivants, plus considérable, il en résulte (dans la mesure où le cancer frappe surtout les gens âgés) que la quantité des cancers doit augmenter. Et nos critiques concluent implicitement que l'augmentation des cancers, constatée par les statistiques, et celle qui est imputable au nombre croissant des vieillards, sont des nombres égaux se recouvrant exactement. Or, c'est là un problème d'une très grande difficulté. Il y a plusieurs manières de calculer la durée moyenne de la vie et chacune donne un résultat particulier. D'autre part, la probabilité de la mort par cancer va en augmentant à mesure que le sujet avance en âge, et cet accroissement passe lui-même par un maximum pour décroître ensuite. Il en résulte que pour chaque durée moyenne de la vie, considérée en un lieu et pour une période déterminée, il y a un coefficient correspondant d'augmentation du cancer. En somme, la critique a posé un problème complexe actuellement irrésolu. La seule chose certaine est que, pour une part, l'allongement de la vie joue un rôle dans l'augmentation des décès par cancer.

De toutes les objections, celle qui est la plus connue, et en apparence la plus puissante, est tirée de la plus grande précision des diagnostics faits par les médecins modernes. Les cancers seraient plus fréquents parce qu'ils seraient plus souvent reconnus.

Il est certain que les statistiques très étendues prêtent étrangement le flanc à cette critique. Quand Williams parle de 1840, il est difficile de prétendre que le médecin d'un bourg

anglais de cette époque faisait des diagnostics entièrement superposables à ceux d'un confrère de 30 ans, exerçant au même endroit en ce moment. On peut affirmer qu'en face des mêmes cas, les deux praticiens donneraient des chiffres différents. Toutefois, il faut remarquer qu'il est difficile *a priori* de savoir dans quel sens se développerait cette différence. Bien des lupus, bien des affections syphilitiques, actinomycosiques, tuberculeuses, actuellement rangées dans leurs cadres nosologiques respectifs, augmentaient jadis la classe mal limitée des cancers. En sorte qu'on pourrait soutenir sans paradoxe que le plus disposé à voir du cancer partout était le médecin de 1840.

Une appréciation exacte sur ce point n'importe d'ailleurs pas beaucoup; ce qui est certain c'est qu'il est illogique de faire porter de semblables statistiques sur de longs espaces de temps.

Que devient maintenant l'objection des diagnostics plus précis, lorsqu'on embrasse des périodes presque contemporaines de 15 ou 20 années? Elle prend cette forme : les dernières découvertes applicables à la médecine (radioscopie, endoscopie, chimisme gastro-intestinal, biopsies sur des fragments prélevés à des tumeurs) permettent dans un grand nombre de cas de déceler des cancers autrefois inaperçus.

Cela est vrai, si l'on se place au point de vue du diagnostic clinique envisagé au moment où la question d'un traitement actif se pose. Il est certain qu'on peut faire plus tôt un diagnostic de cancer de l'estomac, de la vessie, etc..., aujourd'hui qu'il y a 20 ans. C'est d'ailleurs en grande partie au développement de la technique investigatrice que nous devons nos succès actuels dans la chirurgie du cancer. Mais ce qui est vrai au moment où la maladie débute, où le cancéreux est encore justiciable d'un traitement, n'est plus vrai au moment du décès. En face d'un cadavre, le diagnostic est facile, et le médecin d'autrefois était aussi bien armé que celui d'aujourd'hui.

On devrait d'ailleurs, si l'objection était fondée, trouver

dans les statistiques où la distinction est possible entre les cancers *évidents* à leur période ultime (face, sein, etc....) et les cancers *viscéraux*, une très grande différence dans la progression des nombres. Les cancers *évidents* devraient être sensiblement stationnaires, alors que les cancers *viscéraux*, bénéficiant de procédés de recherche inconnus jadis, devraient seuls voir leur nombre rapidement augmenter.

L'expérience montre qu'il n'en est pas ainsi. Les statistiques anglaises divisent les localisations des cancers en « accessible », « inaccessible » et « intermediate » (1). Or, si nous envisageons une très courte période, trois années par exemple (1901, 1902, 1903), de manière à ce que les diagnostics aient été réellement faits par les mêmes milieux médicaux, et si nous prenons nos chiffres chez un spécialiste de la valeur de Bashford (2), nous pouvons dresser le tableau suivant :

Accessible.....	1901.....	5.784
—	1902.....	6.048
—	1903.....	6.236
Inaccessible.....	1901.....	14.874
—	1902.....	14.984
—	1903.....	15.793
Intermediate.....	1901.....	6.829
—	1902.....	6.840
—	1903.....	7.060

Un simple coup d'œil permet de juger que l'accroissement est rapide dans les diverses catégories.

(1) Voici les éléments de la classification :

Accessible. — Peau, tissu cellulaire sous-cutané, mamelle, lèvre, langue, bouche, globe oculaire, orbite, épaule, bras et jambe, hanche, côtes et sternum, mâchoire, fesse, testicule et pénis, ganglions du cou, aine, anus.

Inaccessible. — Estomac, intestin, œsophage, foie et vésicule, pancréas, vessie et urèthre, pharynx, prostate, péritoine, plèvre, cerveau, moelle, rein et surrénale, poumon, médiastin, mésentère.

Intermediate. — Rectum, utérus, larynx et trachée, thyroïde, ganglions lymphatiques, parotide, aisselle, parties non spécifiées.

(2) Bashford, Scientific reports on the investigations of the imperial cancer research fund, n° 2, part I, 1905, p. 57.

De ce qui précède on peut conclure que les statistiques très étendues, et faites d'éléments disparates, laissent prise à trop d'objections pour entraîner une conviction quelconque. En revanche on peut concevoir la possibilité d'en dresser de probantes sous les conditions suivantes :

a) Groupement d'éléments non disparates et appartenant à un groupement social bien limité, une ville par exemple.

b) Emploi de courtes périodes de temps, de manière à se trouver en présence de mentalités médicales et de règles administratives comparables.

c) Appréciation de l'augmentation de durée de la vie humaine et de la mesure dans laquelle elle peut jouer un rôle dans l'augmentation du cancer.

d) Vérification d'un certain parallélisme entre le développement du cancer en général et d'un cancer accessible.

Il existe des statistiques qui, sans s'être placées entièrement à ce point de vue, ont été dressées avec un soin et une précision tels qu'elles constituent actuellement les plus solides raisons de croire à l'augmentation du nombre des cancers. Ce sont celles que nous rangions au début de cet article dans une deuxième catégorie opposée aux statistiques globales.

En voici quelques-unes :

Behla, étudiant les caractéristiques du cancer dans la ville de Luckau (Prusse) (1), établit trois ordres de faits : *a*) l'existence de maisons à cancer; *b*) la prédilection très marquée du cancer pour un quartier de la ville, le plus humide; *c*) l'augmentation du nombre des décès par cancer : 31 cas de 1852 à 1877, et 81 cas de 1877 à 1899.

Juliusburger (2) empruntant ses documents à une compagnie d'assurances, la Friedrich-Wilhelm, et étudiant les 7.081 cas de décès par cancer enregistrés, montre que les deux catégories d'assurés (classe aisée, ouvriers) ont présenté en 15 ans les augmentations suivantes :

(1) Behla, *Zeitschr. f. Médizinalbeam.* 1901.
(2) Juliusburger, *Zeitschr. f. Krebsforschung*, t. III, 1905, p. 106.

Classe aisée....	Hommes.....	6,9 à 9,5 %
	Femmes.....	13,3 à 15,3 %
Ouvriers.....	Hommes.....	3,7 à 8 %
	Femmes.....	11,4 à 12,9 %

Weinberg et Gatspar (1), limitant leur étude à la ville de Stuttgart, établissent que les décès par cancer calculés par rapport à un million d'habitants ont nettement augmenté :

	Hommes	Femmes
1873-1882.....	411	866
1883-1892.....	526	909
1893-1902.....	733	1.000

J. Bertillon (2), tout en faisant des réserves sur les chiffres antérieurs à 1881, montre qu'à Paris, de 1876 à 1905, l'augmentation du cancer a suivi une marche lente mais continue :

Sur 100.000 habitants combien de décès annuels par cancer?

1876-1880.....	94	1891-1895.....	99
1881-1885.....	95	1896-1900.....	105
1886-1890.....	99	1901-1905.....	109

D'après le même auteur, à Londres et à Berlin, la mortalité par cancer a subi la même évolution.

Londres (sur 100.000 habitants)

1871-1880.....	55	1891-1900.....	85
1881-1890.....	68	1901-1904.....	92

Berlin

1881-1885.....	55	1891-1895.....	75
1886-1890.....	65	1896-1900.....	85

Les statistiques qui précèdent, portant toutes sur des régions bien circonscrites, et n'embrassant, à l'exception de

(1) Weinberg et Gatspar, *Zeitschr. f. Krebsforschung*, t. II, 1904, p. 195.
(2) J. Bertillon, De la fréquence des principales causes de décès à Paris. Paris, Imprimerie municipale, 1906, p. 196.

celle de Behla, que des périodes très limitées, montrent, qu'au moins dans les points étudiés, la fréquence du cancer augmente. Elles ne permettent de rien préjuger sur la situation du cancer en d'autres points de l'Europe, et il faudrait tout une série d'études du même genre pour se faire une idée approximative de l'évolution réelle de la maladie qui nous occupe. Malheureusement, dans beaucoup d'endroits, l'absence complète de documents rend pour quelques années toute tentative de ce genre à peu près irréalisable.

Malgré ces difficultés nous nous sommes attachés à rechercher en certains points de Normandie quelle était la marche du cancer. Tout naturellement nous nous sommes adressés dès l'abord à la région de Cormeilles (Eure) rendue célèbre par l'excellent travail d'Arnaudet (1). Cet auteur s'était attaché à signaler la fréquence extrême du cancer dans sa région, à montrer des modes particulièrement intéressants de groupement des cas, enfin à justifier par l'intermédiaire de la notion d'endémicité la conception nouvelle pour l'époque d'un agent contagieux.

Notre point de vue est différent. Il consiste à rechercher si le cancer est en voie d'augmentation ou de diminution dans la région précitée. Pour cela, nous nous sommes adressés au Dr Monestier, en qui nous avons trouvé un collaborateur des plus avisés. Ce médecin a, jusqu'en 1903, disposé sensiblement d'une moitié de la clientèle de Cormeilles et des environs. Il a bien voulu nous dresser un tableau très précis des cas de cancer observés par lui de 1893 à 1906. Nous avons volontairement retranché les trois dernières années qui se rapportent à une période pendant laquelle notre confrère a abandonné la clientèle active.

(1) « Le cancer dans une commune de Normandie », Arnaudet, *Normandie médicale*, 1er février 1889; « Nouvelles contributions à l'étude du cancer en Normandie », *ibid.*, 1er avril 1890 et 15 avril 1890; « Nouveaux faits à l'appui de la nature infectieuse du cancer », *ibid.*, 15 février 1891 et 1er mars 1891; cf. : « Enquête sur les cancers en Normandie », Brunon, *Norm. méd.*, 1er janv., 15 janv., 1er février 1893.

Le travail du Dr Monestier qui peut être considéré comme un modèle du genre, est établi comme suit : 1° une liste par commune (40 communes en défalquant Honfleur, Pont-l'Evêque, Beuzeville, Ablon, Genneville, trop notoirement en dehors de la clientèle habituelle) ; 2° une liste par année ; 3° le pointage individuel des cas sur la carte d'Etat-Major. — L'ensemble embrasse un total de 149 cas :

1893.....	18 cas	1899.....	15 cas
1894.....	20 —	1900.....	16 —
1895.....	11 —	1901.....	13 —
1896.....	12 —	1902.....	10 —
1897.....	12 —	1903.....	11 —
1898.....	11 —		

(Il est à noter que le Dr Monestier a eu soin d'indiquer les cas qui avaient certainement débuté en dehors de sa région.)

On voit que l'augmentation du nombre des cancers est loin d'être évidente. Il en va tout autrement de la fréquence de la maladie. Les 40 communes étudiées ont une population totale de 19.950 habitants, en gros 20.000. Comme il est établi par notre enquête que le Dr Monestier disposait sensiblement de la moitié de la clientèle, cette population de 20.000 âmes a présenté $149 \times 2 = 298$ cas de cancer en 11 ans, soit 27 cas par an, ou en d'autres termes, 135 cas pour 100.000 habitants. Il est à noter que ce chiffre est certainement trop faible à cause de l'interpénétration des clientèles médicales à la périphérie de la région envisagée.

Si nous comparons le pourcentage tiré du travail du Dr Monestier aux chiffres donnés par J. Bertillon pour Paris (95 pour 100.000 habitants pour la période 1881-1885, 99 pour la période 1886-1890), on voit que le cancer est nettement plus fréquent dans la région de l'Eure et du Calvados qui avoisine Cormeilles.

En résumé deux conclusions : le cancer n'augmente pas

dans cette région, mais il est d'une fréquence particulière.

Certains centres urbains de Normandie ne le cèdent en rien comme fréquence du cancer au pays dont nous venons de nous occuper, ils offrent de plus cette particularité que la maladie y croît d'une façon régulière.

Le Dr Panel, directeur du Bureau d'hygiène de Rouen, a bien voulu nous communiquer des renseignements desquels nous extrayons les chiffres suivants :

	Population recensée	Nombre de décès
1888	106.496	121
1889	—	182
1890	—	165
1891	111.847	178
1892	—	177
1893	—	165
1894	—	205
1895	—	189
1896	112.657	188
1897	—	210
1898	—	174
1899	—	199
1900	—	195
1901	116.346	238
1902	—	211
1903	—	198
1904	—	210
1905	—	204
1906	—	224

En comparant les cinq premières années de ce tableau aux cinq dernières, on trouve que la moyenne des cas de cancer pour 100.000 habitants a été de 150 pour la première période et de 177 pour la seconde. L'augmentation est évidente. Elle a naturellement frappé le Dr Panel : « Si nous nous reportons « à notre première année de statistique, dit-il, nous trouvons

« 121 décès par cancer (au lieu de 224 en 1906), c'est-à-dire « une centaine de décès en moins et cela sur une mortalité « générale plus élevée, puisque son coefficient était de 33,59, « alors qu'il s'établit aujourd'hui à 26,90. Cette augmen- « tation du cancer n'est pas accidentelle et spéciale à l'année « 1906. Depuis nombre d'années je relève ici l'augmenta- « tion progressive de cette maladie. » (1)

La ville du Havre nous a présenté un terrain particulièrement favorable à l'étude de l'évolution du cancer. Notre grand avantage dans l'espèce est que cette ville possède depuis de longues années un Bureau d'Hygiène qui publie périodiquement des statistiques dont la précision est difficile à dépasser (2).

Les statistiques havraises portent à l'article « cancer » (en y joignant le contenu de l'article « cancer après opération ») les chiffres suivants :

1880.....	53	1894.....	91
1881.....	30	1895.....	113
1882.....	16	1896.....	107
1883.....	16	1897.....	102
1884.....	28	1898.....	92
1885.....	25	1899.....	95
1886.....	34	1900.....	167
1887.....	74	1901.....	154
1888.....	72	1902.....	142
1889.....	69	1903.....	138
1890.....	65	1904.....	167
1891.....	88	1905.....	153
1892.....	97	1906.....	177
1893.....	83	1907	165

L'augmentation ainsi constatée est fictive, elle tient à ce qu'un grand nombre de cancers sont, au début de la période considérée, cachés sous d'autres rubriques, et que peu à peu,

(1) Dr Panel, *Démographie et statistique médicale*, Rouen, 1907. p. 5.

(2) Nous devons tous nos remerciements à M. le Dr Pottevin, directeur du Bureau d'Hygiène, et à M. Laurent, chef de bureau.

grâce au perfectionnement du classement administratif, les décès par cancer rentrent dans leur classe naturelle. C'est ainsi qu'on doit joindre au chiffre général des cancers, les décès par maladie de la bouche (sans opération et avec opération), par maladie de l'œsophage, par maladies chroniques de l'estomac, par maladies de l'utérus, par maladies de la mamelle.

Cette façon d'envisager les choses est légitimée par les faits suivants : *a*) Les maladies de la bouche donnent 34 cas de 1880 à 1889, et 3 cas de 1890 à 1899. *b*) Les maladies de l'œsophage donnent 31 cas pendant la première période et 6 pendant la deuxième. *c*) L'administration met systématiquement les cancers de l'utérus sous la rubrique « cancer » à partir de 1900, et cela explique en partie le formidable bond de 95 à 167 fait à ce moment par la maladie.

En faisant la somme des différentes catégories de cancers précitées et en ramenant tous les chiffres ainsi obtenus à une population de 100.000 habitants, on trouve :

1880.....	88	1894.....	117
1881.....	66	1895.....	123
1882.....	59	1896.....	121
1883.....	47	1897.....	120
1884.....	63	1898.....	104
1885.....	54	1899.....	105
1886.....	50	1900.....	135
1887.....	100	1901.....	125
1888.....	90	1902.....	114
1889.....	96	1903.....	107
1890.....	103	1904.....	128
1891.....	115	1905.....	119
1892.....	115	1906.....	138
1893.....	107	1907.....	128

Si dans ce tableau on compare la moyenne des cinq premières années à celle des cinq dernières, on trouve pour la première période 64 cas et pour la seconde 124 cas. En 25 ans le nombre des décès par cancer a doublé.

Cette progression est sensible pour un chirurgien, même en une très courte période. En recherchant dans les statistiques opératoires que nous avons publiées le pourcentage de cancers opérés par rapport au nombre total des opérations, on obtient pour les quatre dernières années les proportions suivantes :

1903.....	6,21 %
1904.....	6,82 %
1905.....	10,23 %
1906.....	9,04 %

Il ne semble pas que l'on puisse invoquer dans l'espèce l'argument tiré de l'allongement de la durée moyenne de la vie. *A priori,* il est évident que le nombre des personnes ayant atteint l'âge où l'on est susceptible de contracter le cancer n'a pas doublé pendant ce laps de 27 années. Nous nous abstiendrons donc de faire ici cette comparaison des durées moyennes de l'existence dont nous avons montré la difficulté au début de ce travail. Qu'il nous suffise de dire qu'on meurt plus vieux au Havre actuellement qu'il y a plusieurs années. De 1880 à 1889, il meurt, de 0 à 40 ans, 21.174 personnes, et de 41 à 100, 14.134. De 1890 à 1899, il meurt, de 0 à 40 ans, 20.465 personnes, et de 41 à 100, 14.414. Ce qui revient à dire : de 1880 à 1889, les morts avant 40 ans sont aux morts après 40 ans comme 1,498 est à 1 ; alors que de 1890 à 1899, le même rapport est de 1,419 à 1. Il y a là, si l'on met de côté les éléments d'erreurs qui peuvent venir de l'extrême mobilité d'une population en partie maritime, des raisons de croire à l'augmentation de la durée de la vie au Havre, mais cette augmentation est d'un ordre de grandeur tout autre que celle du cancer.

Nous avons vu qu'il était nécessaire pour répondre à l'objection tirée du perfectionnement des méthodes de diagnostic, de justifier d'un certain parallélisme entre la marche du cancer en général et celle d'un cancer *accessible.* Dans cet ordre d'idée la statistique des cas traités dans les hôpitaux

du Havre nous a fourni des faits précis. Cette statistique ne classe malheureusement pas les différents cancers de la même façon de 1880 à 1889 et de 1890 à 1899. Seuls les cancers de l'utérus sont groupés de manière comparable pendant les deux périodes. Bien que les statistiques anglaises aient coutume de ranger cette variété de tumeur dans les cancers *intermédiaires* et non dans les *accessibles*, il nous paraît évident, qu'à part le cancer du sein, aucune tumeur ne présente peut-être plus de facilité de diagnostic que le cancer de l'utérus au stade où il est observé dans les hôpitaux. Or, voici ce que dit à ce point de vue la statistique hospitalière havraise.

1880.....	20	1890.....	29
1881.....	14	1891.....	26
1882.....	9	1892.....	22
1883.....	23	1893.....	23
1884.....	16	1894.....	39
1885.....	17	1895.....	23
1886.....	17	1896.....	50
1887.....	25	1897.....	37
1888.. ...	20	1898.....	40
1889.....	26	1899.....	38

Ce qui donne comme moyenne pour les 5 premières années 16 cas, et pour les 5 dernières 37 cas. Si l'on objecte que le nombre des services hospitaliers a changé en 1885 (fondation de l'hôpital Pasteur), nous répondrons que la moyenne des 5 années 1886-1890 est de 23 cas alors que la moyenne des 5 dernières est de 37.

En résumé, au Havre, le nombre des décès par cancer, étant faite la correction de population, a doublé depuis 27 ans. Aucune des objections habituelles ne vaut contre notre affirmation, car :

1° La statistique porte sur un milieu bien limité muni d'un Bureau d'Hygiène *dont le personnel administratif n'a pour ainsi dire pas changé.*

2° Elle n'embrasse qu'une période relativement courte de 27 années.

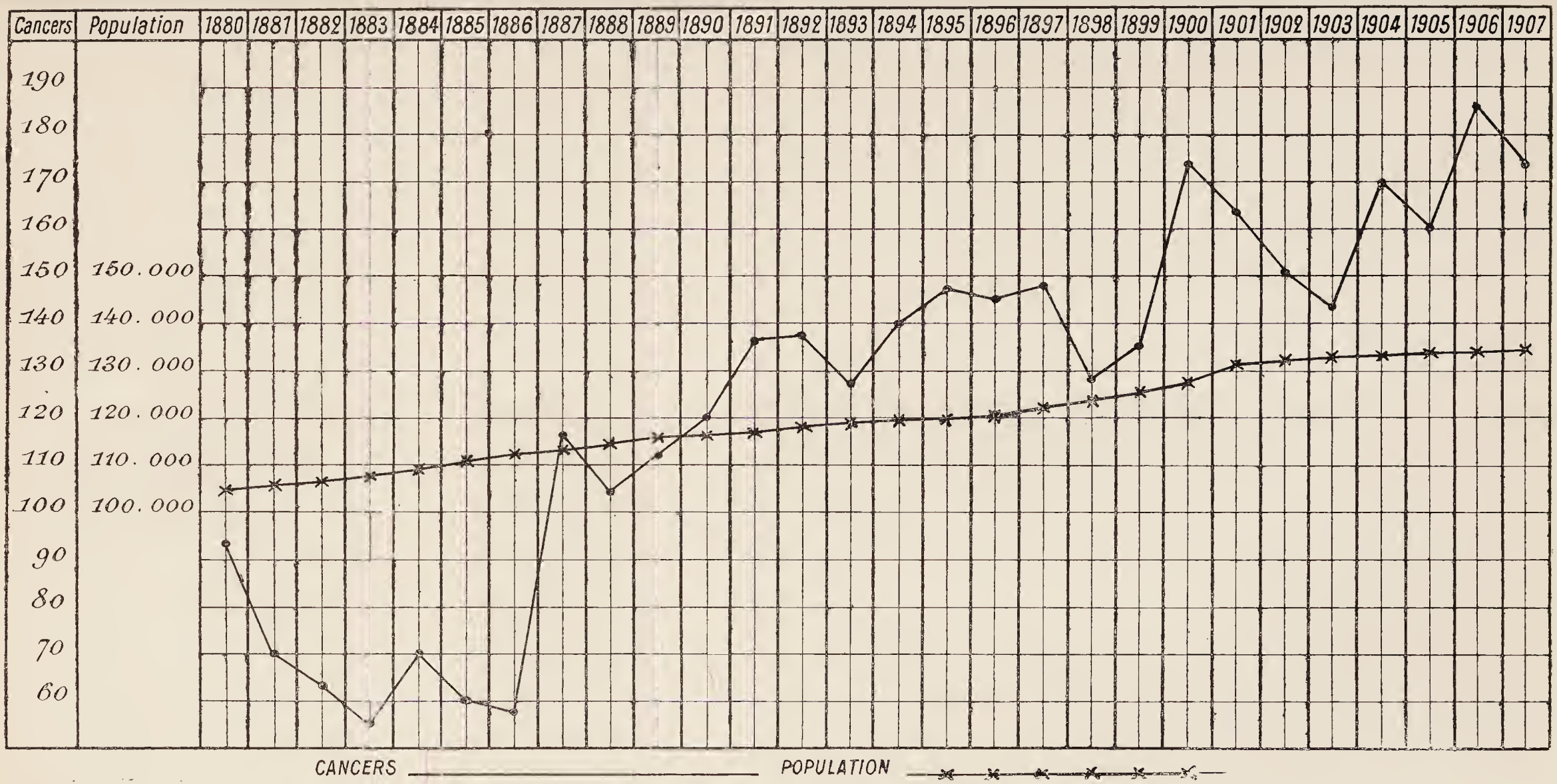
3° L'augmentation de durée de la vie au Havre, bien qu'infiniment probable d'après les chiffres cités, est sans comparaison possible avec l'accroissement du cancer.

4° On trouve dans l'évolution des cas de cancer de l'utérus soignés dans les hôpitaux un parallélisme absolu avec la marche générale de la maladie.

Cela posé, il faut bien se pénétrer de cette pensée que tout travail de statistique doit être considéré comme une simple approximation, et que la vérité ne peut être serrée de près que par une série d'approximations successives. Nous sommes persuadés que les chiffres de mortalité par cancer, portés dans les statistiques du Bureau d'Hygiène du Havre, ne sont pas exacts, et qu'ils sont probablement très *au-dessous* de la vérité. En voici un commencement de preuve :

Après avoir fait une liste de tous les cancers dont nous avons pu trouver la trace dans nos documents personnels pendant cinq ans (1901-1905), nous avons fait dresser par le Bureau d'Hygiène du Havre une carte où se trouvent pointés tous les décès par cancer pendant la même période. Or, presque la moitié des cancers dont nous connaissions le lieu de décès ne sont pas marqués sur cette carte. Il est donc à craindre que la mortalité par cancer au Havre n'atteigne le double du chiffre officiel.

La conclusion de ce qui précède est que, dans les trois parties de la Normandie auxquelles nous avons limité ce travail, le cancer est d'une fréquence très supérieure à celle que l'on observe à Paris. La maladie n'augmente pas partout. Elle semble stationnaire dans la région de Cormeilles, en croissance marquée à Rouen, et très rapide au Havre.



Progression comparée de la population et du cancer au Havre de 1880 à 1907

PARIS. — IMP. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. — S.

PARIS. — IMP. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. — S.